ZUR

# PATHOLOGIE DER PSORIASIS.

NACH 105 IN DEN LETZTEN JAHREN

IN DER

MEDIZINISCHEN KLINIK ZU TÜBINGEN

BEHANDELTEN FÄLLEN.

---

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

DR. C. v. LIEBERMEISTER

O. Ö. PROFESSOR DER MEDIZIN UND VORSTAND DER MEDIZINISCHEN KLINIK

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

JOHANNES JALKOWSKI

APPROB. ARZT AUS GRAUDENZ.

---

TÜBINGEN 1896.

DRUCK VON H. LAUPP JR.

ZUR

# PATHOLOGIE DER PSORIASIS.

NACH 105 IN DEN LETZTEN JAHREN

IN DER

MEDIZINISCHEN KLINIK ZU TÜBINGEN

BEHANDELTEN FÄLLEN.

---

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

**Dr. C. v. LIEBERMEISTER**

O. Ö. PROFESSOR DER MEDIZIN UND VORSTAND DER MEDIZINISCHEN KLINIK

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

**JOHANNES JALKOWSKI**

APPROB. ARZT AUS GRAUDENZ.

---

**TÜBINGEN 1896.**

DRUCK VON H. LAUPP JR.

Meiner lieben Mutter

und dem

Andenken meiner guten Schwester

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552309_0163

Die Schuppenflechte, die schon seit langer Zeit als besondere, wohl characterisirte Art der Hautkrankheiten unterschieden wird, hat schon wegen ihrer relativen Häufigkeit ein praktisches Interesse. Die neuesten statistischen Zusammenstellungen von Nielsen[2]) unter Zugrundelegung eines Materials von 15 376 Fällen ergeben ein Verhältniss der Psoriasisfälle zu denen der übrigen Hautkrankheiten wie 1 : 15 oder 6,5 % aller Dermatosen.

Obwohl die Psoriasis zu den am besten gekannten Hautkrankheiten gehört, gehen doch die Ansichten über die Aetiologie, über das pathologisch-anatomische Verhalten und über die Therapie noch weit auseinander, und es giebt noch viele offene Fragen. Fast möchte man auch jetzt noch dem Ausspruch eine gewisse Berechtigung zuschreiben, den Auspitz, einer der besten Kenner der Hautkrankheiten, vor 19 Jahren gethan hat, und den Polotebnoff[1]) 10 Jahre später wiederholte, nämlich dass, was Psoriasis sei, bis heute noch kein Mensch wisse. Zwar ist in den letzten Jahren eine nicht unbedeutende Anzahl von Arbeiten über die Psoriasis erschienen, und besonders über die pathologische Anatomie derselben sind recht bedeutende Beiträge geliefert worden, in denen die Autoren die Resultate ihrer oft recht schwierigen Untersuchungen niedergelegt haben; und doch ist Klarheit in der Auffassung dieser Krankheit immer noch nicht vorhanden. Deshalb ist jeder auch noch so kleine Beitrag zur Pathologie der Psoriasis berechtigt; „denn die Dunkelheit, die bis zur Stunde über die Aetiologie der so hartnäckigen Krankheit herrscht", sagt noch einer der neuesten Autoren[3]) über diesen Gegenstand rechtfertigt es, gewonnene Anhaltspunkte und Beobachtungen immer wieder zu sammeln und der allgemeinen Beurteilung zugänglich zu machen. Von den Bausteinen, die einzeln und mühsam von vielen tüchtigen Beobachtern in langer Zeit zusammengetragen wurden, um ein einheitliches plastisches Gebilde von der Wesenheit der Psoriasiskrankheit zu gewinnen, liegen noch viele unbenützt, weil sie sich

nicht einfügen lassen nach der jeweilig herrschenden Anschauung über die Erkrankung, oder weil passende Zwischenstücke noch fehlten.«

In den Jahren 1876 — 1894 wurden in der medizinischen Klinik in Tübingen 105 Kranke mit Psoriasis behandelt. Von Herrn Prof. Liebermeister wurde mir dieses Material übergeben zur Durcharbeitung in ätiologischer, pathogenetischer, symptomatologischer und therapeutischer Hinsicht. Die angeführten 105 Kranke wurden 178 Mal behandelt, so dass jeder durchschnittlich fast zweimal in Behandlung kam. Einmal waren in Behandlung 79, zweimal 13, dreimal 6, viermal 3 Kranke. Je ein Kranker suchte die Hülfe der Klinik auf fünfmal, siebenmal, zehnmal, und ein Kranker wurde im Januar 1894 sogar zum ein und zwanzigsten Male aufgenommen und geheilt oder gebessert entlassen. Diese letzten Zahlen zeigen sehr deutlich die grosse Neigung zu Rückfällen, die bei der Psoriasis vorhanden ist; ausserdem aber deuten sie auch an, dass die einzelnen Schübe der Krankheit in der Klinik mit bestem Erfolge behandelt wurden, da die Kranken sich immer wieder einstellten, weil sie die Hülfe der Klinik fast nie vergeblich in Anspruch nahmen.

## Zur Aetiologie.

Von den 105 behandelten Kranken waren 70 männlichen und 35 weiblichen Geschlechts. Dieses Verhältniss stimmt mit dem von Schütz[3]) angegebenen fast genau überein: er findet unter 100 Fällen 66 Männer und 34 Frauen. Es würde das ziemlich genau — nach unserem Material sogar ganz genau — einem Verhältnis von 2 : 1 entsprechen, oder die Männer werden doppelt so häufig befallen als die Weiber. Auch F. Hebra[5]) hat dieses Resultat gefunden, da er in seinem Lehrbuch über Hautkrankheiten ganz beiläufig bemerkt, dass er unter etwa 3000 Hautkranken 50 Psoriasiskranke sehe und unter diesen 33 Männer und 17 Frauen. Nielsen kommt bei Zugrundelegung eines Materials von 2439 Fällen mit 1482 männlichen und 957 weiblichen Patienten zu einem Verhältniss von 3 : 2. Dieses Resultat ist nicht auffallend, wenn man bedenkt, dass er das Material aus den einzelnen Statistiken von Dänemark, Norwegen, Deutschland, England, Frankreich und Amerika nimmt, und dass diese ein-

zelnen Statistiken sehr stark von einander abweichen. Um nur eins zu erwähnen, Greenouch[4]) kommt in seiner Statistik von 394 Fällen mit 205 männlichen und 189 weiblichen Patienten zu einem Verhältniss, das von dem obigen weit abweicht. Für unsere Gegend speziell und für Deutschland im allgemeinen wird obiges Verhältniss von 2 : 1 wohl das richtige sein. Nimmt man die in den letzten Jahren herausgegebenen Statistiken aus Deutschland, so erhält man ein Verhältniss, bei dem die Männer noch mehr überwiegen.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| F. Hebra[5]) | giebt | an | 33 | Männer | und 17 | Frauen |
| Simon[6]) | » | » | 102 | » | 11 | » |
| Veiel[7]) | » | » | 29 | » | 7 | » |
| Block[8]) | » | » | 137 | » | 57 | » |
| Gothe[9]) | » | » | 33 | » | 26 | » |
| | | Summe | 334 | Männer | u. 118 | Frauen. |

Die Zahlen geben ein Verhältniss beinahe wie 3 : 1. Dabei ist aber vielleicht zu berücksichtigen, dass in manchen Kliniken das weibliche Geschlecht überhaupt schwächer vertreten ist als das männliche.

Das erste Auftreten der Krankheit fällt sehr häufig schon in eine frühe Lebenszeit. Sehr viele Kranke werden schon als Kinder ergriffen. Zwei unserer Kranken standen beim Anfang ihrer Erkrankung im ersten Lebensjahre; in beiden Fällen war die Stelle der ersten Lokalisation die behaarte Kopfhaut. Zwei weitere Patienten zeigten in ihrem dritten Jahre die Anfänge der Krankheit, bei dem einen ebenfalls mit Lokalisation des Ausschlags auf der behaarten Kopfhaut, bei dem anderen konnte der Erstlingssitz des Ausschlags nicht festgestellt werden. Im sechsten Lebensjahre stand beim Beginn der Erkrankung ein Kranker, im siebenten sechs: hier tritt die Lokalisation schon mehr an dem übrigen Körper, speziell an den Extremitäten auf. Im achten Lebensjahre traten die ersten Zeichen der Krankheit auf bei drei, im neunten bei einem Kranken und bei fünf im zehnten Lebensjahre, so dass 20 von 103 in Rechnung zu ziehenden Fällen sich beim ersten Auftreten der Erkrankung im ersten Lebensdezennium befinden. Eine beträchtliche Zunahme zeigt diese Zahl im zweiten Dezennium. Hier beträgt sie 43.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Es standen im | 11. | Lebensjahre | 2 Kranke |
| » | 12. | » | 5 » |
| » | 13. | » | 3 » |
| » | 14. | » | 5 » |
| » | 15. | » | 2 » |
| Also von 10—15 Jahren | | | 17 |
| Es standen im | 16. | Jahre | 7 |
| » | 17. | » | 2 |
| » | 18. | » | 6 |
| » | 19. | » | 5 |
| » | 20. | » | 6 |
| Also von 15—20 Jahren | | | 26 |
| Von 10—20 Jahren | | | 43 |

Auffällig ist es, dass in der ersten Hälfte des zweiten Dezenniums die Zahlen gegen die der letzten Hälfte, also der Zeit des Eintretens der Pubertät, sehr zurücktreten. Von 10 bis 15 Jahren sind es 17; nach dem 15. Jahre geht die Zahl schnell in die Höhe: von 15—20 Jahren beträgt sie 26.

Am Anfange des dritten Dezenniums sehen wir die Zahl noch ziemlich hoch bleiben, von 20—25 Jahren traten die ersten Zeichen der Erkrankung auf bei 19, während sie im letzten Theile dieser Zeit nur noch 9 beträgt. In diesem Dezennium vertheilen sich die Fälle folgendermassen:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | im | 21. | Jahre standen | 4 Fälle |
| | » | 22. | » » | 6 » |
| | » | 23. | » » | 2 » |
| | » | 24. | » » | 2 » |
| | » | 25. | » » | 5 » |
| von 20—25 Jahren | | | | 19 |
| | im | 26. | Jahre standen | 1 |
| | » | 27. | » » | 1 |
| | » | 28. | » » | 4 |
| | » | 29. | » » | 1 |
| | » | 30. | » » | 2 |
| von 25—30 Jahren | | | | 9 |
| von 20—30 Jahren | | | | 28 |

Vom 4. Dezennium ab geht die Zahl sehr schnell abwärts

im 31. Jahre standen 3 Fälle
» 32. » » 1 Fall
» 33. » » 2 Fälle
» 37. » » 2 »

Noch weiter verfolgt zeigte sich, dass je ein Fall im 42., 48., 51. und einer sogar im 72. Lebensjahr stand, als die ersten Krankheitszeichen auftraten.

Kurz und übersichtlich würde sich das Ergebnis der Untersuchung so stellen: Die Erkrankung begann zwischen

0—5, 5—10, 10—15, 15—20, 20—25, 25—30, 30—35 Jahre
in 4 16 17 26 19 9 6 Fällen

und zwischen 35—72 Jahren in 6 Fällen.

Man sieht so, dass die Zahl langsam und allmählich ansteigt bis zur Zeit des Aufhörens des Längenwachstums, um von da langsam wieder abzufallen. Theilt man obige Tabelle und nimmt Rücksicht auf männliche und weibliche Kranke, so ergiebt sich folgendes:

Bei Beginn der Erkrankung waren alt

| | 0—5 | 5—10 | 10—15 | 15—20 | 20—25 | 25—30 | 30—35 Jahre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Männer | 3 | 9 | 12 | 18 | 9 | 6 | 5 |
| Weiber | 1 | 7 | 5 | 8 | 10 | 3 | 1 |

Für das männliche Geschlecht bleibt so die Art des Ansteigens und die Zeit des Höhepunktes dieselbe, während für das weibliche Geschlecht das Maximum etwas später liegt, und zwar zwischen 20 und 25 Jahren.

Was die so viel behauptete und ebensoviel bestrittene Erblichkeit und Ansteckungsmöglichkeit für Psoriasis anbetrifft, so gab das vorhandene Material folgende Anhaltspunkte. In 15 verschiedenen Fällen wurde eine Familiendisposition insofern festgestellt, als in 7 Fällen die Geschwister der Kranken und zwar 5 mal die Schwester und 2 mal der Bruder von der Krankheit ebenfalls befallen war; ferner war zweimal die Schwester der Mutter des Kranken mit der Affektion behaftet; in direkt aufsteigender Linie könnte man 8 Fälle nachweisen, und zwar war der Vater der Patientin 1 mal, der Grossvater 2 mal, die Mutter 1 mal und die Grossmutter 1 mal mit der Schuppenflechte behaftet. Bei einem Patienten war Vater und Mutter, bei einem andern Vater und Grossvater, bei einem weiteren Vater und

Bruder, bei einem ferneren Grossmutter und Vater, bei einem andern endlich Grossvater und Schwester befallen. Wenn man von so wenig Zahlen weiter schliessen könnte, so möchte ich sowohl die Ansteckungsfähigkeit als auch die Erblichkeit der Psoriasis nicht in Abrede stellen. Ich werde bei der so viel umstrittenen Pathogenese der Psoriasis noch einmal darauf zurückkommen.

In Betreff der Stellung und des Berufes der Kranken wurde folgendes festgestellt. Die grösste Anzahl der Patienten gehörte den Handarbeitern, Handwerkern und Bauern an, vom weiblichen Geschlecht waren es meistens Dienstmädchen. Leute, denen eine stärkere geistige Arbeit oblag, waren nur in sehr geringer Anzahl vertreten, wobei freilich zu berücksichtigen ist, dass die Klinik von den Kranken niederer Stände häufiger aufgesucht wird. Ein Pastor, ein Fabrikant, ein Lehrer und allenfalls noch zwei Kaufleute können in dieser Hinsicht genannt werden; ich erwähne dies deshalb, weil von verschiedenen Autoren, die die Psoriasis für eine neuropathische Affektion halten, darauf aufmerksam gemacht wird, dass gerade Leute mit stärkerer psychischen Arbeit befallen werden, und dass sehr viele Psoriatiker ein abnormes Nervensystem haben (Polotebnoff[10]). Andererseits soll nicht verhehlt werden, dass einige Kranke thatsächlich pathologische Zustände ihres Nervensystems zeigten. Der oben genannte Fabrikant litt an Dementia paralytica, zwei Patienten an Hysterie, ein befallener Bierbrauer hatte früher einen maniakalischen Anfall und zur Zeit der Behandlung deutliche Symptome des Verfolgungs- und Grössenwahnsinns. Bei einem Kranken, der ausserdem Diabetiker war, waren die Patellarsehnenreflexe aufgehoben. Ein jüdischer Metzger zeigte deutlich psychischen Defekt, ein Patient litt nebenbei an einer Atrophie beider Sehnerven, und eine Patientin klagte schon seit lange über sehr heftige nervöse Kopfschmerzen und Diarrhoe. Ein 9jähriges Mädchen litt an Enuresis nocturna. Also nur 9 Patienten könnte ich unter 105 anführen, die für die trophoneuritische Theorie der Psoriasis sprächen; davon jedoch noch später.

Was die übrigen Kranken anbelangt, so war ihr Gewerbe folgendes: Es waren vertreten 8 Bauern, 1 Weingärtner, 2 Gärtner, 2 Holzhauer, 2 Taglöhner und 1 Schäfer; von Handarbeitern waren zu zählen 5 Schuhmacher, 2 Schneider, 2 Weber, 2 Schrei-

ner, 1 Mechaniker, 1 Flaschner, 3 Schlosser, 1 Schmied, 1 Maurer (resp. zwei, von denen der eine zugleich Bierbrauer war), 1 Bildhauer, 1 Steindrucker. Ferner sind aufzuführen 2 Müller, 3 Bäcker, 3 Metzger und 7 Bierbrauer und Küfer; endlich 1 Schreiber und 1 Bahnexpedient. Unter dem weiblichen Geschlechte waren vertreten 7 Dienstmägde und 1 Hausirerin; verheiratet waren 6.

Mit diesen Angaben dürften die ätiologischen Gesichtspunkte erschöpft sein, denn die sonstigen Angaben der Patienten sind einerseits so mangelhaft, andererseits sich so sehr wiedersprechend und oft so nichtssagend, dass man diese Angaben nur sehr kritisch aufnehmen und, selbst wenn man sie aussondert, schwerlich unter bestimmte Gesichtspunkte ordnen kann. Beiläufig nur will ich bemerken, dass ein Kranker das Auftreten seiner Krankheit mit einem akuten Gelenkrheumatismus zusammenbringt, so dass die Psoriasis dem Gelenkrheumatismus gefolgt sei; diese Angabe stimmt mit denen anderer Autoren überein (vgl. Schütz und Nielsen, pag. 112—113). Ein anderer Patient hatte eine sehr gut compensirte Insufficenz und Stenose der Mitralis; ob diese aber infolge eines Gelenkrheumatismus entstanden, konnte nicht festgestellt werden. Ein anderer Patient hat eine septische Erkankung durchgemacht, jedoch ohne Lokalisation in den Knochen oder Gelenken. Bei einem andern konnte Abusus spirituosorum mit beginnender Lebercirhose (?) konstatirt werden.

Der Allgemeinzustand der Patienten war, soweit man ihn während der Behandlung beobachten konnte, fast durchweg ein guter, bei vielen sogar ein ausgezeichneter. Konnte einige Male ein schlechter Ernährungszustand konstatirt werden, so hatte dies meistens seinen Grund in noch anderweitig vorhandenen pathologischen Zuständen; an und für sich war der Allgemeinzustand und auch das subjektive Allgemeinbefinden meistens mittelgut bis sehr gut. Ein Patient, auf dessen Aussagen man sich wegen seiner Bildung und hohen Intelligenz ganz sicher verlassen durfte, behauptete sogar, dass der Ausschlag gerade dann am floridesten sei, wenn er sich am wohlsten fühle, und umgekehrt. Diese Thatsachen bestätigen die alte klinische Erfahrung, dass die Psoriasis vorzugsweise gesunde blühende Personen befalle. Erwähnt doch Hebra, dass er unter tausend Psoriatikern nur einen schwächlichen Patienten gesehen habe, alle übrigen waren kräftige und gesunde Personen. Es was dies ein rhachiti-

sches Individuum, das an Hämoptöe litt, und welches unter den tausend das einzige war, welches innerhalb 15 Jahren kein Recidiv zeigte.

Unter unseren 105 beobachteten Fällen sind höchstens acht zu finden, deren Ernährungszustand man dürftig nennen konnte. Von diesen acht war einer ein Phthisiker, einer Phthisiker und Diabetiker zugleich, einer hatte ausser der Psoriasis ein Ekzem, zwei waren schwächlich entwickelte Kinder, davon eins mit Drüsenanschwellungen am Halse, und die übrigen waren drei Erwachsene, die man als mager, aber sonst als ganz gesund bezeichnen musste. Im mittleren Ernährungszustand befanden sich 28; gut und sehr gut konnte man den Ernährungszustand von 69, also fast zwei Drittel von allen, nennen.

Von sonstigen aetiologischen Momenten kann noch etwas weniges über die Recidive gesagt werden. In Betreff der Aussagen der Kranken über die Umstände, welche das Auftreten des Ausschlags begünstigen oder beeinträchtigen, ist anzugeben, dass in einer ganzen Reihe von Fällen anamnestisch konstatirt werden konnte, dass der Ausschlag in der wärmeren Jahreszeit zurückging, während er gegen die kältere hin sich wieder stärker zeigte. Die Angabe der Monate ist nicht bei allen gleich, aber so wie oben ausgesprochen, dürfte die Erfahrung richtig ausgedrückt sein. Ein anderer Kranker giebt ganz präzise an, dass sein Ausschlag nach stärkerem Alkoholgenuss entschieden stärker wurde als während der Abstinenz. Die oben erwähnte Angabe der Patienten, dass in der wärmeren Jahreszeit der Ausschlag zurückgehe, konnte auch insofern objektiv in einigen Fällen beobachtet werden, als besonders in der kälteren Jahreszeit die Kranken sich zur Behandlung ihrer Recidive stellten. Freilich darf man hierbei nicht übersehen, dass viele Kranke die Klinik im Winter lieber aufsuchen als im Sommer.

## Zur Symptomatologie.

Was zunächst die Art des Ausschlages anbetrifft, so konnte man alle die anatomisch unterschiedenen Formen der Efflorescenzen beobachten. Alle Uebergänge von Psoriasis guttata s. punctata, nummularis bis zur figurata und geographica konnte man oft an einem und demselben Individuum nachweisen. Oft

war auch sehr schön die Ps. annularis, orbicularis, gyrata und serpiginosa zu demonstriren. Konnte man grössere diffuse Ausbreitung des Ausschlages feststellen, so liess sich in den allermeisten Fällen das Zusammenfliessen von mehreren primären Effloreszenzen noch deutlich nachweisen. Solche mehr diffuse Ausbreitung des Ausschlages fand sich besonders häufig auf den Prädilektionsstellen der Psoriasis, überhaupt also den Ellenbogen, Knien, Galea, Sternum, Kreuzbein, Schienbein, Stirn, Hand- und Fussrücken, überhaupt da, wo sich die Haut über darunterliegenden Knochen etwas straff spannt, eine Ansicht, die Schütz[3]) ausspricht, und die häufig bestätigt wurde. Jedoch ohne Ausnahme ist auch diese Regel nicht; denn die diffuse Ausbreitung kann überall da eintreten, wo überhaupt mehrere einzelne Plaques sitzen, die zusammenfliessen können, also auch an jeder anderen Stelle, speziell auch an den Beugeseiten, wo oft noch eine bedeutende Muskelschicht sich zwischen Haut und Knochen schiebt.

Meistens war der Ausschlag so beschaffen, dass man alle Formen neben einander sehen konnte. In seltenen Fällen fand man eine ganz diffuse Ausbreitung, so dass man in einem Falle zuerst die Diagnose auf ein Ekzema universale zu machen sich veranlasst sah; eben so selten war eine Ausbreitung, die man als reine Ps. punctata bezeichnen konnte, jedoch wurde ein solcher Fall demonstrirt, wo fast die ganze Haut mit nur ganz kleinen Effloreszenzen wie besäet war.

Wichtig war dieses multiple Auftreten des Psoriasisausschlages bei Stellung der Differenzialdiagnose gegenüber dem Ekzem. Das Ekzem ist diffus, von einer Stelle sich verbreitend. Die Psoriasis tritt gleichzeitig an verschiedenen Stellen auf und wird nur diffus durch Zusammenfliessen der einzelnen Effloreszenzen. Die Platten waren in den Fällen von ächter Psoriasis vulgaris meist sehr schön ausgebildet und sich sehr scharf und deutlich gegen die normale Haut absetzend. Dieser Umstand war bei der Differenzialdiagnose gegenüber der Psoriasis luetica von grosser und oft Ausschlag gebender Bedeutung. Denn die luetischen Flecke sind gewöhnlich nicht so schön ausgebildet, nicht so scharf abgegrenzt gegen ihre Umgebung und mehr diffus, so dass man sie aus weiterer Entfernung oft besser unterscheiden kann als aus der Nähe. Es liegt dies in dem Umstand, dass die Färbung der syphilitischen Exantheme nur ganz allmählich

in die Farbe der Haut übergeht und so die Flecken sich von ferne leichter erkennen lassen als in der Nähe. Wenn dies sich auch zunächst auf die Roseola syphilitica bezieht, so ist doch zu bemerken, dass die Roseola allmählich papulös wird und dann Uebergänge zur Psoriasis luetica entstehen lässt.

Die Affektion hatte in den in der Klinik behandelten und beobachteten Fällen ihre Lokalisation fast stets über den ganzen Körper verstreut, fast nie waren der Rumpf, die Extremitäten und der Kopf, besonders die behaarte Kopfhaut ganz frei. Man darf die Ergebnisse, zu denen Schütz[3]) kommt, grösstenteils bestätigen, nämlich:

1) Psoriasis kennt im allgemeinen keine Körperstelle, an der sie nicht gelegentlich aufträte, namentlich ein ausschliessliches Befallensein der Streckseiten ist nicht wahrzunehmen.
2) Recidive kehren sich im allgemeinen nicht streng an die Lokalisation früherer Ausbrüche.
3) Die Ausbreitung ist oft (Schütz sagt »meist«) symmetrisch.

Prädilektionsstellen sind ohne Zweifel die Ellenbogen, die Kniee und die diese Theile umgebende Haut, und nicht am wenigsten auch die behaarte Kopfhaut. Auch ist das häufigere und stärkere Befallensein der Streckseiten häufig zu konstatieren; aber die Beugeseiten werden ebenfalls befallen, in einzelnen Fällen sogar stärker als die Streckseiten. Drei Fälle sind einwandfrei da, die ein entschiedenes Vorwiegen der Beugeseiten gegenüber den Streckseiten in bezug auf reichlichere Lokalisation erkennen lassen. Ein Fall ist insofern sehr interessant, als sich die Lokalisation hauptsächlich auf die Stellen beschränkt, wo zwei Hautflächen aufeinander reiben, während die sonstigen Lieblingsstellen frei oder nur gering befallen waren. Es waren befallen die Achselhöhle, die Genitalien und die Gegend hinter dem Ohr. Ein anderer Fall wieder zeigt die Lokalisation in ähnlicher Weise in der Weichen- und Analgegend. In einzelnen Fällen sind die Extremitäten stärker befallen als der Rumpf, in anderen zeigt sich das umgekehrt, wo beinahe nichts an den Extremitäten zu sehen ist. In anderen Fällen ist der ganze Körper ziemlich gleichmässig befallen. Die Gegend um Mund und Wangen war fast stets frei, ebenso wie die Palma manus und Planta pedis. Unter den sieben beobachteten Fällen, wo Handteller und Fusssohle befallen waren, waren zwei sicher mit Ekzem komplicirt, bei

den übrigen fünf konnte ein solches nicht nachgewiesen werden, so dass die Fälle einwandsfrei sein dürften. Das Ohrläppchen war auch in einer Reihe von Fällen affiziert, und von ganz seltenen Lokalisationen soll angeführt werden, dass auch einmal neben anderweitiger Lokalisation das linke Trommelfell deutliche Psoriasiseffloreszenzen zeigte.

Im Anschluss an die Betrachtungen über die Lokalisation des Ausschlages soll noch angeführt werden, wie es sich mit der primären Lokalisation beim ersten Auftreten der Krankheit in den beobachteten Fällen verhält. Der Ellenbogen, das Knie und die behaarte Kopfhaut sind entschieden Prädilektionsstellen. Unter 87 Fällen, bei denen sich die primäre Lokalisation feststellen liess, war 27 mal der Ellenbogen Sitz der Affektion, 23 mal die Kniee, die Kopfhaut 13 mal, theils allein, theils mit noch anderweitiger Lokalisation der Hauteffloreszenzen an anderen Theilen. Ziemlich häufig fand man an Ellenbogen oder Knie symmetrisches Auftreten, so dass beiderseitig gleichzeitig die Affektion an gleichen Stellen auftrat. Solcher Fälle konnte man 10 zählen, 3 mal traten solche symmetrische Lokalisationen auf beiden Vorderarmen auf, einmal auf den Unterschenkeln. Die anderen Lokalisationen vertheilen sich auf die übrigen Theile des Körpers. Darunter ist noch am häufigsten der primäre Sitz am Rumpf, einmal wird er an der Stirn angegeben, einmal auch eigentümlicher Weise in der Analgegend und Schenkelbeuge, einmal an einer Impfstelle, jedoch ist dieser Fall ebenso wie zwei andere, in denen der primäre Sitz in der Hohlhand resp. in den Fusssohlen angegeben wird, nicht ganz einwandfrei, weil sie mit Ekzem kompliciert waren.

Die Art des Auftretens der primären Affektion ist meist eine ganz chronische, sich sehr in die Länge ziehend; nur in wenigen Fällen kam die Krankheit ziemlich akut, wo in wenigen Wochen die Affektion sich über den ganzen Körper ausbreitete. Es dürften sieben Fälle solch einen Verlauf genommen haben. Die Angaben der Patienten sind oft so ungenau und sich widersprechend, dass man sie immer mit einer gewissen Reserve aufnehmen muss; und objektiv den Anfang der Affektion in der Klinik zu beobachten, hat man ja nur in ganz vereinzelten Fällen Gelegenheit, weil die Patienten fast stets dann kommen, wenn

sie sehen, dass sie ihr Uebel nach verschiedenen Behandlungsversuchen nicht los werden können.

Auffallend ist, dass im Anfange der Affektion ziemlich viel über Jucken der affizierten Hautstellen geklagt wird, später verliert sich das meistens, nur in einzelnen wenigen Fällen jedoch bleibt auch das Jucken. Es scheint, als ob sich die Kranken allmählich daran gewöhnen und so psychisch den Juckreiz überwinden lernen.

Complikationen setzt die Psoriasis als solche in den beobachteten Fällen nie, wie dies auch Nielsen in seinen Beobachtungen konstatieren kann. Ekzem kam in unseren Fällen ganz im Gegensatz zu den Erfahrungen von Schütz, der Ekzem bei Psoriasis sehr selten gesehen hat, des öftern vor. Drüsenschwellung war auch in wenigen Fällen zu beobachten. Artificielles Ekzem durch Chrysarobin und Theer kam auch einige Male zur Beobachtung. Die anderen Komplikationen waren interkurrirende akute oder chronische Krankheiten, wo man denn auch, besonders bei den fieberhaften, ein Zurückgehen des Ausschlages bemerken konnte. Jedenfalls konnte man konstatiren, dass von neuen Effloreszenzen während der Dauer des Fiebers nichts zu bemerken war, während nach dem Fieberabfall sofort neue Plaques sich zeigten. Sechs und zwanzig Kranke kamen mehrere Male in Behandlung und zwar diese wenigen 99 mal, eine Zahl, die die so ausserordentliche Recidivfähigkeit der Krankheit illustrirt.

In Betreff der Lokalisationen der Recidive muss gesagt werden, dass sich dieselben nicht streng an die früheren Lokalisationen banden, sondern dass sie bald hier bald dort auftraten, so dass für die Lokalisation der Recidive keine feste Regel formulirt werden kann.

Ueber die Einflüsse, unter denen die Recidive häufiger oder seltener eintraten, sind in dem aetiologischen Theile dieser Arbeit einige Angaben gemacht, auf die ich verweise. Sonstige nennenswerte Angaben konnten nicht gefunden werden, nur muss bemerkt werden, dass durch den fortgesetzten Gebrauch von Karbolpillen, in der Ambulanz gereicht, oft durch lange Zeit das Hervortreten des Ausschlages verhindert oder doch wenigstens bewirkt wurde, dass er sich nur sehr spärlich zeigte.

Die Zeit, die recidivfrei vom letzten Tage der Behandlung

bis zum Wiederauftreten eines neuen Ausschlages vorüberging, schwankte zwischen wenig Tagen bis zu drei Jahren, soweit dies bei den mehrere Male in Behandlung kommenden Kranken festgestellt wurde. Der Kranke, der drei Jahre recidivfrei blieb, erhielt Arsen, von dem ja die eigentümliche Wirkung bekannt ist, den Anfang eines neuen Ausschlages hinauszuschieben oder womöglich zu verhindern. Freilich erhielten auch andere Patienten Arsen, bei denen sich das Recidiv sehr bald zeigte.

Eine bestimmte Regel, nach der die Recidive auftraten, konnte ausser den wenigen Angaben, die gemacht sind, nicht aufgefunden werden.

Von grossem Interesse ist die Frage, ob das Wiederauftreten des Ausschlags bei dem gleichen Menschen nur anzusehen sei als das Wiedererscheinen der für einige Zeit beseitigten Symptome einer noch fortbestehenden Krankheit, oder ob es aufzufassen sei als eine neue Erkrankung, also, um den Ausdruck von den Infektionskrankheiten herzunehmen, als eine Reinfektion. Um diese Frage zu beantworten, müssen wir auf die noch so viel umstrittenen Theorien der Pathogenese der Psoriasis näher eingehen.

## Pathogenese.

Vier Theorien behaupten das Feld. Es sind kurz zusammengefasst:

1) Die parasitäre,
2) die neuropathische,
3) die dyskrasische Theorie,
4) die Annahme einer lokalen Disposition der Haut, vermöge deren sie auf äussere Reize mit Psoriasis zu antworten pflegt.

Oder, wie Nielsen[2]) sich ausdrückt, die Psoriasis wird aufgefasst

1) als constitutionelles Leiden oder als eine spezielle Blutinfektion,
2) als neuropathisches,
3) als idiopathisches Hautleiden,
4) als hautparasitäres Leiden.

Eine andere Eintheilung auf rein pathologisch-anatomischer Basis giebt Ries[11]). Er unterscheidet

1) eine entzündliche,
2) eine hypertrophische,
3) eine dystrophische oder chemische,
4) eine parasitäre Theorie.

Wir wollen, weil wir uns grösstenteils auf klinische Erfahrungen stützen, auf die beiden ersteren Einteilungen, die im Grunde ja die gleichen sind, näher eingehen; im Laufe der Erörterung wird sich noch Gelegenheit geben, auch die pathologische Anatomie zu berücksichtigen.

Die Auffassung der Psoriasis als idiopathisches Hautleiden, bewirkt durch die lokale Disposition der Haut, auf äussere Reize mit Psoriasiseffloreszenzen zu antworten, wird vor allem von Köbner und Wurtzdorf vertreten. Diese Autoren sahen bei Psoriatikern durch äussere Reize, die auf die Haut applicirt wurden, an den betreffenden Stellen Psoriasiseffloreszenzen entstehen. So gelang es Köbner[14]), durch Ritzen mit einer Nadel auf der Haut von Psoriatikern während einer frischen Eruption typische Plaques in Form von Buchstaben oder beliebigen Figuren hervorzurufen. Diese Thatsachen sind vorhanden und können nicht abgeleugnet werden, jedoch kommt diese Vulnerabilität der Haut nicht der Psoriasis allein zu, sondern man hat sie auch bei Lichen planus, Urticaria und bei den sicher kontagiösen Krankheiten, bei Lues und Variola[18]) beobachtet. Und wäre sie auch nur der Psoriasis eigen, so fragt man doch weiter: wie entstand denn diese Disposition der Haut? Nun kann man ja von Vererbung sprechen, aber in den Fällen, in denen diese nicht konstatirt werden kann, bleibt die Frage vollkommen offen. Fehlt diese Disposition, so entsteht auf Hautreizung nie Psoriasis, sondern höchstens ein Ekzem.

Als zweite Theorie soll die neuropathische betrachtet werden. Man will die Psoriasis erklären als eine Affektion der trophischen Hautnerven etwa wie den Herpes Zoster, bei dem ja der Einfluss der trophischen Nerven sicher beobachtet ist. Für diese Theorie spricht vor allem das häufige symmetrische Auftreten der Plaques, das entschiedene Bevorzugen bestimmter Körperstellen und, was besonders von Polotebnoff hervorgehoben wird, das Auftreten sonstiger nervöser Störungen bei den mit Psoriasis behafteten Kranken. Wir können einerseits die nervösen Symptome nur bei einer sehr kleinen Zahl

unserer Patienten nachweisen, andererseits können wir zeigen, dass eigentlich kaum eine Stelle des Körpers vorhanden ist, wo die Effloreszenzen sich nicht zeigten, wie dies die klinische Erfahrung beweist, mithin der Ausschlag sich nicht an das Gebiet bestimmter Nerven bindet, sondern fast regellos den ganzen Körper befällt. Und auch zugegeben, dass die Psoriasis eine Trophoneurose sei, so fragt es sich doch immer wieder, was denn die Ursache für diese sei. Da kann man nun in vielen Fällen zeigen, dass andere pathologische Zustände im Nervensystem vorhanden sind; jedoch fehlen diese, und sie fehlen sehr häufig, so bleibt wieder die Frage offen.

Als dritte soll die parasitäre Theorie erwähnt sein. Sie ist vielleicht die modernste, von neueren Autoren, besonders von Nielsen vertreten. Es soll die Psoriasis analog dem Herpes tonsurans, Favus, der Pityriasis versicolor u. s. w. eine echte Dermatomycose sein. Da galt es denn zuerst den betreffenden Pilz darzustellen. Bald gelang es auch Lang einen solchen zu demonstriren, den er Epidermophyton nannte; etwas später entdeckte Eklund einen andern, den er Lepocolla repens nannte. Der Pilz wurde von anderen Autoren ebenfalls gesehen und beschrieben. Ries gebührt das Verdienst, zuerst diese Pilze auch an andern Stellen der Haut, später sogar bei ganz gesunden Individuen demonstrirt und zuletzt den Beweis geliefert zu haben, dass beide oben genannte Pilze nichts weiter als Kunstprodukte der Präparation der Hautstückchen seien. Gelang es ihm doch mit Kalilauge und Olivenöl das herrlichste Epidermophyton herzustellen und zu demonstriren. Also die feste Basis, die Darstellung der aetiologischen Pilze, fehlt. Es fragt sich nun, was man weiter für diese Theorie anführen kann. Da wird denn angegeben, dass das peripherische Wachsen der Flecken und ausserdem der histologische Befund, der beweist, dass besonders und zuerst die Epidermis ergriffen wird, sehr für das Vorhandensein eines oberflächlichen Parasiten spräche. Gegen das periphere Wachsen der Effloreszenzen muss man einwenden, dass auch andere nicht parasitäre Erkrankungen ebenso wachsen; ich erwähne die akuten Arzneiexantheme, Leucoderma, Pigmentanomalien, Naevi, Lupus erythematodes, Lichen ruber etc. Der histologische Befund ferner ist jedenfalls nicht einwandfrei, da Kromayer bei seiner sehr gründlichen Untersuchung zum Re-

sultat kommt, dass die Cutis vasculosa der primäre Sitz der Psoriasis ist, und dass die Schuppung der Epidermis das sekundäre ist. Sein Befund ist folgender: »Jede Effloreszenz beginnt mit einer Hyperämie der Cutis vasculosa, der sich eine zellige Infiltration derselben anschliesst. Bald nach und mit diesen Veränderungen tritt eine starke Proliferation der Epithelien ein. Die Gefässhaut und die Epidermis wachsen gleichzeitig und bilden gemeinschaftlich einen starken Papillarkörper aus: die Parenchymhaut ist hypertrophisch. Während dieser Veränderungen haben zahlreiche Wanderzellen das Epithel durchsetzt und stören die normale Hornhautbildung: es entstehen die geschichteten Psoriasisschuppen. Das Primäre sind also Veränderungen in der Cutis vasculosa. Von diesen sind alle übrigen abhängig.« Ist also die Epidermis erst sekundär ergriffen, so ist die Annahme eines oberflächlichen Pilzes als Erreger der Psoriasis ausgeschlossen.

Gegen die parasitäre Theorie spricht ferner noch eine sehr wichtige klinische Erfahrung. Bei den echten Dermatomycosen beginnt die Affektion an einer Stelle und geht von da kontinuirlich weiter. Das ist bei der Psoriasis nicht der Fall. Hier entsteht bald an dieser Stelle des Körpers bald an jener ein Effloreszenz ganz unabhängig von einander, ja oft sogar sehr zahlreiche gleichzeitig miteinander. Man müsste dann ebenso viele Eintrittstellen des Pilzes in den Körper als einzelne Plaques annehmen, und das wäre doch ein wenig willkürlich. Man sieht so, dass die parasitäre Theorie keinen sehr festen Boden besitzt.

Endlich sei der Theorie gedacht, die man die konstitutionelle oder dyskrasische nennt. Eine bestimmte Dyskrasie, also Veränderung des Blutes soll diese Hautkrankheit bewirken. Es fragt sich nur, worin diese Veränderung im Blute besteht; denn kann diese nicht näher definirt werden, so ist diese Theorie noch mehr jeglichen Grundes entbehrend als alle übrigen. Ich will versuchen, die Dyskrasie näher zu erklären und sie kurz als Blutinfektion bezeichnen. Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen lassen freilich bis jetzt vollkommen in Stich. Mikroorganismen, seien sie nun pflanzlicher oder thierischer Natur, hat man nicht nachweisen können. Aber solche hat man ja auch bei vielen anderen sicher infektiösen Krankheiten bis jetzt vergeblich gesucht. Die Lues entbehrt ebenso wie die akuten Hautexantheme, die Variola, Scarlatina und die Morbilli bis jetzt eines

sicher anatomisch nachweisbaren Mikroorganismus. Wir schliessen hier rein vom klinischen Standpunkt auf das Vorhandensein eines solchen. Könnte nicht die Psoriasis auch ein infektiöses, aber ganz chronisch verlaufendes Exanthem sein? Prof. Liebermeister macht bei den klinischen Besprechungen der Psoriasisfälle immer auf die Analogie der Psoriasis mit der Variola aufmerksam. Bei letzterer sind über den ganzen Körper verbreitete Pusteln, bei jener Plaques vorhanden, die kommen und gehen. Variola verläuft akut, die Psoriasis chronisch. Bei beiden entstehen die Effloreszenzen nicht von aussen, sondern von innen, vom Blutwege aus; im Blute cirkulirt das krankmachende Virus. Auch die ausserordentliche Schwierigkeit einer dauernden Heilung dürfte für ein inneres Blutleiden sprechen. Ein äusserer Pilz müsste doch, eben weil er äusserlich liegt, leicht zerstört werden können. Und doch sind die besten antiparasitären Mittel nur so lange wirksam, als sie angewandt werden und nur kurze Zeit weiter. Lässt man sie fort, so zeigen sich sehr bald neue Effloreszenzen. Andererseits fragt man sich, wie es möglich sei, dass durch innere Mittel wie Arsen, dessen Wirkung doch schon lange bekannt ist, und durch die Karbolsäure, deren Wirkung an einer Menge von Fällen in hiesiger Klinik konstatirt werden konnte, oder durch die kolossalen Mengen von Jodkalium, die Haslund[19]) mit gutem Erfolge gegen Psoriasis anwandte, ein Einfluss auf den Ausschlag ausgeübt werden könne, wenn er auf einem äusseren Parasiten beruhte. Ja auch die Erfahrung, dass durch allgemeine schädigende Einflüsse, wie sonstige allgemeine Krankheiten, schlechte Ernährung, energische Schmierkuren u. dgl., häufig ein Rückgang des Ausschlages zu konstatiren ist, könnte für diese Auffassung verwertet werden: wenn die Ernährungsbedingungen für die Mikroorganismen schlechter geworden sind, so können sie sich nicht mehr so gut entwickeln, während sie bei besserer Ernährung ihres Wirtes wieder üppig sich vermehren. Freilich fragt man sich, wie es möglich sei, dass diese Mikroorganismen im Körper sein können, ohne Fieber zu erzeugen. Wir haben in den klinischen Erfahrungen einen ähnlichen Fall, wo manchmal, nicht immer, auch die Allgemeininfektion ohne Fieber auftreten kann, nämlich bei der Lues, mit der die Psoriasis ausserdem noch manches gemein hat. Auch wäre hier an das Verhalten der Lepra zu erinnern. Es scheinen eben die Organis-

men, die die Psoriasis bewirken, auf das Allgemeinbefinden keinen Einfluss zu üben, sondern nur auf die Gefässe der Cutis vasculosa der Haut, von der aus sie auch ihre Wirksamkeit beginnen. Werden sie durch Mittel, welche sie direkt schädigen oder die Blutverteilung alteriren, wie Theer, Chrysarobin, unwirksam gemacht, so heilen die Effloreszenzen, kommen jedoch sehr bald wieder, wenn die lokale Schädigung aufhört, und setzen ihre Thätigkeit, die man als eine entzündlich reizende bezeichnen kann, fort. Die antiparasitäre Wirkung dieser Mittel dringt nur bis zu einer gewissen Tiefe ein und kann deshalb nicht vor neuen Ausbrüchen schützen.

Es fragt sich nun, ob man auch wirkliche Infektionen nachweisen kann. Die von Vielen behauptete und auch bei hiesigen Fällen konstatirte Erblichkeit und Familiendisposition könnten dafür sprechen, sind aber nicht beweisend, weil auch die eigentümliche Disposition der Haut, wie sie Köbner annimmt, und auch Abnormitäten im Nervensystem vererbt werden können. — Es ist aber in der That eine Anzahl von Fällen in der Litteratur verzeichnet, die an eine Infektionsfähigkeit oder -Möglichkeit denken lassen, und sogar einzelne Fälle, welche sie direkt zu beweisen scheinen. Nielsen[2]) hat elf Fälle gesammelt, in denen Mann und Weib von Psoriasis heimgesucht waren. Ferner erzählt er von 2 Fällen, in denen die Kinder aus einer nicht inficierten Familie Psoriasis bekamen, als sie einer psoriatischen Wärterin anvertraut wurden. Mapother[16]) bringt einen Fall zur Veröffentlichung, bei dem eine Amme drei Kinder infizierte. Derselbe Autor teilt Impfversuche an Kaninchen mit, bei denen sich Dutzende von Flecken zeigten. Destot[17]) impfte sich selbst mit Psoriasiseffloreszenzen und erhielt nach 14 Tagen nicht an der Impfstelle, wohl aber am Ellenbogen deutliche Psoriasisflecke. Augagneur[17]) giebt an, dass er unter sechs revaccinirten Kindern bei vieren die Umwandlung der Pusteln in Psoriasis beobachten konnte. Bienstock[15]) citiert in seiner Dissertation Uebertragungsversuche vom Tier auf den Menschen und umgekehrt: »Lassar erhielt bei zwei Kaninchen, in deren angefettete Haut psoriatische Schuppen samt Lymphe und Blut, die bei Entfernung jener Schuppen exsudirt waren, eingerieben wurden, nach 10 bis 20 Tagen Infiltration, Rötung, Schuppung, Haarausfall an den betreffenden Hautstellen, und die Affektion nahm

zu. Umgekehrt berichtet Tenholt[22]) von gleichzeitiger Erkrankung von vier Männern an typischer Psoriasis, die mit aus Holland eingeführten, an einer wahrscheinlich auch Psoriasis zu nennenden Hautkrankheit leidenden Rindern beschäftigt waren.« Eine zufällige Uebertragung wird ausserdem von Chambord[21]) berichtet, hervorzurufen durch Impfung mit animaler Lymphe; es soll bei Kälbern und Pferden eine Affektion vorkommen, welche unter Umständen, auf den Menschen übertragen, zu den charakteristischen Erscheinungen der Psoriasis direkt Veranlassung geben können. Hierher gehören auch die von Nielsen gesammelten und berichteten Fälle, ebenso wie die von Augagneur, wo Kinder nach der Impfung Psoriasis bekamen.

Wenn auch einzelne der angeführten Beobachtungen vielleicht einer eingehenden Kritik gegenüber nicht vollständig beweiskräftig sein sollten, so glaube ich doch, dass sie in ihrer Gesamtheit eine Stütze geben für die Theorie, welche Professor Liebermeister schon seit langer Zeit lehrt, nach welcher die Psoriasis eine allgemeine chronische Infektionskrankheit ist, bei der die Krankheitserreger im Blute vorhanden sind und auf der Haut sich lokalisiren. Es würde somit eine gewisse Analogie vorhanden sein zwischen der Psoriasis und den akuten Exanthemen; aber es würde auch ein wesentlicher Unterschied bestehen, insofern bei der Psoriasis die Infektion eine chronische und andauernde ist, während die akuten Exantheme einen verhältnissmässig kurzen Verlauf haben und nachher der Körper gegen eine weitere Einwirkung der gleichen Krankheitserreger geschützt ist.

## Zur Therapie.

Die Auffassung, nach welcher die Psoriasis als Aeusserung einer Allgemeinkrankheit angesehen wird, könnte zunächst zu der Folgerung führen, dass sie vorzugsweise mit inneren Mitteln behandelt werden müsse. Ich halte es in der That für möglich, dass in Zukunft einmal ein besonders wirksames Mittel gefunden werde, durch welches die im Blute vorauszusetzenden Krankheitserreger dauernd beseitigt werden könnten. Bisher aber ist uns leider ein solches Mittel nicht bekannt. Zwar haben auch die Erfahrungen in der hiesigen Klinik gezeigt, dass die innerliche Anwendung der Karbolsäure auch ohne Anwendung von ört-

lichen Mitteln in manchen Fällen einen deutlich erkennbaren günstigen Einfluss ausübt, und dass ebenfalls durch Arsenik die Psoriasis gebessert werden kann. Aber vollständige Beseitigung der Hauterkrankung haben wir doch nur durch die gleichzeitige oder auch ausschliessliche örtliche Behandlung erreicht. Zu berücksichtigen ist freilich, dass der Theer, den wir für die örtliche Behandlung vorzugsweise angewendet haben, vielleicht ausser der örtlichen auch eine allgemeine Wirkung ausübt; kann man doch zuweilen bei äusserlicher Anwendung von Theer die charakteristische Veränderung des Harns beobachten.

Mit Theersalbe und ausserdem häufig mit gleichzeitiger innerlicher Anwendung von Karbolsäure sind die meisten unserer Kranken behandelt worden, und es gelang dabei fast immer, in verhältnismässig kurzer Zeit, meist in 3 bis 4 Wochen, zuweilen auch erst nach längerer Behandlung, die Hautaffektion vollständig zum Verschwinden zu bringen. Freilich konnten dadurch Recidive nicht verhütet werden.

Die zahlreichen anderen Mittel, die gegen Psoriasis empfohlen werden, sind auch in der hiesigen Klinik versuchsweise angewendet worden. Namentlich das Chrysarobin hat sich von sehr guter und schneller Wirkung gezeigt; aber die darauf zuweilen folgenden erythematösen Hautentzündungen und das kaum zu vermeidende Auftreten einer heftigen Conjunctivitis machen das Mittel für die Kranken recht unangenehm; wir wenden es jetzt in der Regel nur da an, wo es sich um wenig zahlreiche Psoriasisflecke handelt. Auch Pyrogallussäure, Naphthol, Aristol u. s. w. haben keine besseren Resultate ergeben als der Theer, und so sind wir für gewöhnlich immer wieder zu diesem zurückgekehrt. Ein Kranker, der 21 mal wegen Psoriasis in der Klinik in Behandlung war, und an dem fast jede Therapie versucht worden ist, kommt am liebsten immer wieder auf den Theer zurück, weil er ihm am angenehmsten ist und für seine Heilung ihm am zweckmässigsten und am schnellsten wirksam zu sein scheint.

Was die Therapie der Psoriasis im einzelnen betrifft, wie sie in hiesiger Klinik vorgenommen wird, so werden zunächst die Borken beseitigt. Zuweilen genügt dazu ein längeres Warmwasserbad, etwa noch unter Anwendung von Seife. Wo sie zu dick und fest sind, werden sie vorher durch Leberthran oder durch längere Anwendung von Schmierseife durchweicht und dann im Bade entfernt.

Oder es wird auch die Vleminckx'sche Schwefelkalklösung angewendet. Sind die Borken entfernt, so pinselt man auf die afficirten Stellen die Theersalbe ein. Dieselbe besteht in einer Mischung von Pix liquida mit einem Fette, meist Axungia porci, und zwar anfangs in einem Verhältniss von 1 : 4. Verträgt der Kranke eine stärkere Salbe, oder ist die Theersorte von weniger reizender Wirkung, so darf man in die Höhe gehen und das Verhältniss bis auf 1 : 1 steigern, ja zuletzt darf man reinen Theer anwenden. Findet man eine starke Cutishypertrophie vor, so darf man der Salbe noch etwas Liq. Kali. caust. zusetzen oder auch eine Mischung aus Theer, grüner Seife ana und zwei Theilen Alkohol aufpinseln. Bei der Anwendung von Theer auf grössere Hautflächen ist immer der Urin sorgfältig zu beobachten und eventuell die Behandlung auszusetzen und durch Seife im warmen Bade der noch anhaftende Theer zu entfernen. Seltener macht das Auftreten stärkerer Hautreizung eine Unterbrechung der Theerbehandlung nöthig.

Ausser der lokalen Behandlung wurde in vielen Fällen Acid. carbol. in Pillen täglich zu 0,5 (!) und darüber hinaus gegeben. Es sind damit verhältnissmässig recht gute Resultate erzielt worden. Die Pillen können Wochen und Monate lang ohne Nachtheil gegeben werden. Doch muss dabei der Urin controllirt und beim Auftreten der dunklen olivengrünen Färbung mit der Behandlung ausgesetzt werden. In hartnäckigen Fällen wurde auch der Liq. Kali arsenicosi angewandt: man verabreichte meist 3 mal täglich 3 Tropfen steigend bis 5, höchstens bis 10 Tropfen; oder man gab Arsen in Form der asiatischen Pillen.

Die Resultate dieser Therapie sind bezüglich der Entfernung des Ausschlages die denkbar günstigsten; bezüglich der Vermeidung von Recidiven ist freilich zu gestehen, dass die Aussichten schlecht sind. Die Resultate bei anderen Behandlungsweisen sind aber in dieser Beziehung nicht besser. Hebra[14]) sah unter tausend Psoriasiskranken nur bei einem einzigen Individuum während 15 Jahren kein Recidiv auftreten. Aus dieser Thatsache kann man zur Genüge sich die Prognose für das Wiederauftreten der Krankheit konstruiren. Fast könnte man auf dem Standpunkt derer stehen, die behaupten, dass die Psoriasis eine unheilbare Krankheit sei, insofern man Recidive überhaupt nicht sicher vermeiden kann. Das ist nun freilich bei den geringen Beschwerden,

die diese Krankheit macht, nicht so schlimm, immerhin aber ist das Leiden, besonders auch in kosmetischer Hinsicht, ein Uebel, das mit den bekannten Mitteln bekämpft werden muss. Vielleicht gelingt es doch noch einmal ein wirklich ideales Heilmittel zu finden; die Hoffnung auf Erfüllung dieses Gedankens treibt ja zu immer neuen Versuchen mit neuen Mitteln an. Die Versuche, die von England her bekannt gemacht wurden [20]), und welche bezwecken, die Psoriasis mit Schilddrüsensaft zu heilen, sind auch in der hiesigen Klinik wiederholt worden; aber in keinem Falle wurde ein deutlicher Erfolg erreicht. Ob die Versuche mit Sperminjektionen (Poehl) mehr erreichen lassen, wird noch abzuwarten sein. Man ist nachgerade wegen der vielen oft ganz unbrauchbaren neuen Mittel zuletzt etwas skeptisch geworden, und wohl nicht mit Unrecht.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Liebermeister sage ich für die gütige Ueberweisung des Themas, für das bereitwillige Ueberlassen des klinischen Materials und die freundliche Unterstützung bei der Abfassung der vorliegenden Arbeit meinen herzlichsten Dank.

# Verzeichniss der benutzten Literatur.


1) Polotebnow, Psoriasis, deren Aetiologie, Verlauf und Behandlung. Dermatologische Untersuchungen aus der Klinik des Prof. Polotebnow, Lieferung II. 1887 p. 300.

2) Nielsen, Bidrag til Kundskaben om Psoriasis. Kjöbenhavn 1892.

3) J. Schütz, Beiträge zur Pathologie der Psoriasis. Archiv für Dermatol. und Syphilis 1892. S. 739—770.

4) Greenouch F. B., Clinical notes of Psoriasis. Boston medical and surg. Journ. Sept. 10. 1885. Vol. CXIII No. 11.

5) Hebra F., Acute Exantheme und Hautkrankheiten 1860. S. 281 in Virchows Handbuch der Pathologie und Therapie Band III.

6) Citat aus Wurzdorf, Beiträge zur Aetiologie der Psoriasis vulgaris. Vierteljahrsschrift für Dermatol. und Syphilis 1876 p. 329 -349. (Aus Simons Klinik).

7) Th. Veiel, Jahresbericht der Flechtenheilanstalt zu Kannstatt vom Jahre 1875. Vierteljahrschrift f. Dermatol. und Syph. 1876 p. 245—275.

8) Block F., 3000 Fälle von Hautkrankheiten aus der dermatologischen Poliklinik von Prof. Dr. Köbner. Dissert. Breslau 1887 p. 19—21.

9) L. Gothe. Die Fälle von Psoriasis, die in der medicinischen Klinik zu Göttingen in den Jahren 1875 — 1888 beobachtet wurden. Dissertation Göttingen 1889.

10) Polotebnoff A. G., Psoriasis. Dermatol. Studie. 2. Reihe 5. Heft S. 345. 1891.

11) E. Ries, Die pathologische Anatomie der Psoriasis. Vierteljahrschrift für Dermatol. und Syphil. 1888 S. 521—552, S. 685—718, S. 873—890.

12) T. Bönnemann, Ueber den Gebrauch des Chrysarobin bei Hautkrankheiten. Dissert. Bonn 1879.

13) E. Kromayer. Zur pathologischen Anatomie der Psoriasis nebst einigen Bemerkungen über den normalen Verhornungsprozess und die Struktur der Stachelzelle. Archiv f. Dermatol. und Syphil. 1890 S. 557—608.

14) Ricken, Beitrag zur Aetiologie der Psoriasis. Dissert. Würzburg 1887.

15) B. Bienstock, Zur Therapie der Psoriasis. Dissert. Breslau 1888.

16) Mapother, The parasitic nature of psoriasis; its treatment by mercury. Brit. med. Journ. Jan. 17. 1891.

17) Augagneur, Inoculation du psoriasis. Lyon méd. No. 33. 1889.

18) Weyl A., Anomalien der Epidermis in Ziemssens Handbuch. Bd. XIV, 1. 1883. S. 493 ff.

19) Haslund, Ueber die Behandlung der Psoriasis mit grossen Dosen Jodkaliums. Vierteljahrschrift f. Dermat. und Syphil. 1887. S. 677 – 726 und Hospitalstid. 3. R. Bd. VI 1888, No. 32, 33, 34.

20) Byron Bramwell. Brit. med. Journ. 28. Oct. 1893 u. Mon. f. D. XVIII.

21) E. Chambord. Note sur un cas de psoriasis vaccinal (Referat im Centralblatt für Chirurgie 1886 p. 117) Citirt in Beissel, Zur Aetiologie der Psoriasis in Monatshefte für Dermat. V. Bd. 1886 No. 9.

22) Tenholt, Psoriasis beim Rind übertragbar auf Menschen. Ref. in Vierteljahrschrift f. Dermatol. und Syphil. 1888 p. 471.